Cuestionario de Síntomas *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)

Pregunta	Sí	No	
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X	0
2. ¿Tiene mal apetito?		X	0
3. ¿Duerme mal?		X	0
4. ¿Se asusta con facilidad?		X	0
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X	0
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X	0
7. ¿Sufre de mala digestión?		X	0
8. ¿No puede pensar con claridad?		X	0
9. ¿Se siente triste?		X	0
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X	0
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X	0
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X	0
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X	0
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X	0
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X	0
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X	0
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X	0
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X	0
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X	0
20. ¿Se cansa con facilidad?		X	0
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X	0
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X	0
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X	0
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X	0
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X	0

0 PUNTOS

Determinación de la puntuación:
Se suman las respuestas afirmativas.

a) Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20 o
b) si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí)

se debe hacer evaluación por el médico.
Además, si el comportamiento de una persona entrevistada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Jorge Garay
FIRMA USUARIO

Paula Moreno
FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

Cuestionario de Síntomas *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)

Pregunta	Sí	No	
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X		1
2. ¿Tiene mal apetito?		X	0
3. ¿Duerme mal?	X		1
4. ¿Se asusta con facilidad?	X		1
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X	0
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X		1
7. ¿Sufre de mala digestión?		X	0
8. ¿No puede pensar con claridad?	X		1
9. ¿Se siente triste?		X	0
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	X		1
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X	0
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X		1
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X	0
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X	0
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X	0
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X	0
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X	0
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X	0
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X	0
20. ¿Se cansa con facilidad?		X	0
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X		1
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X		1
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X	0
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X	0
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X	0

7 PUNTOS

22 SI.

Determinación de la puntuación:

Se suman las respuestas afirmativas.

a) Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20 o

b) si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí)

se debe hacer evaluación por el médico.

Además, si el comportamiento de una persona entrevistada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Erika Tatiana Carmona L.
FIRMA USUARIO

Paula Rojas
FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

Cuestionario de Síntomas *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)

Pregunta	Sí	No	
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X		1
2. ¿Tiene mal apetito?	X		1
3. ¿Duerme mal?	X		1
4. ¿Se asusta con facilidad?	X		1
5. ¿Sufre de temblor de manos?	X		1
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X		1
7. ¿Sufre de mala digestión?	X		1
8. ¿No puede pensar con claridad?	X		1
9. ¿Se siente triste?	X		1
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	X		1
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X		1
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X		1
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X		1
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X		1
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	X		1
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?	X		1
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	X		1
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	X		1
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X		1
20. ¿Se cansa con facilidad?	X		1
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X		1
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X		1
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X		1
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	X		1
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X	0

20 PUNTOS

21, 22, 23, 24 SI.

Determinación de la puntuación:

Se suman las respuestas afirmativas.

a) Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20 o

b) si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí)

se debe hacer evaluación por el médico.

Además, si el comportamiento de una persona entrevistada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Geraldine Osorio Mgia
FIRMA USUARIO

Paula Ramírez
FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

Cuestionario de Síntomas *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)

Pregunta	Sí	No	
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X		1
2. ¿Tiene mal apetito?		X	0
3. ¿Duerme mal?	X		1
4. ¿Se asusta con facilidad?		X	0
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X	0
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X	0
7. ¿Sufre de mala digestión?		X	0
8. ¿No puede pensar con claridad?	X		1
9. ¿Se siente triste?	X		1
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X	0
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X		1
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X	0
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X	0
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X	0
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X	0
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X	0
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X	0
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	X		1
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X		1
20. ¿Se cansa con facilidad?	X		1
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X	0
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X		1
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X	0
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X	0
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X	0

8 PUNTOS
22 SI

Determinación de la puntuación:
Se suman las respuestas afirmativas.

a) Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20 o
b) si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí)

se debe hacer evaluación por el médico.
Además, si el comportamiento de una persona entrevistada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo, suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Fatima Elena Agudelo
FIRMA USUARIO

FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

Cuestionario de Síntomas *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)

Pregunta	Sí	No	
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X		1
2. ¿Tiene mal apetito?		X	0
3. ¿Duerme mal?		X	0
4. ¿Se asusta con facilidad?		X	0
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X	0
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X	0
7. ¿Sufre de mala digestión?		X	0
8. ¿No puede pensar con claridad?		X	0
9. ¿Se siente triste?		X	0
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X	0
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X	0
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X	0
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X	0
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X	0
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X	0
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X	0
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X	0
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X	0
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X	0
20. ¿Se cansa con facilidad?		X	0
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X	0
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X	0
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X	0
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X	0
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X	0

1 PUNTO

Determinación de la puntuación:
Se suman las respuestas afirmativas.

a) Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20 o
b) si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí)

se debe hacer evaluación por el médico.
Además, si el comportamiento de una persona entrevistada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

FIRMA USUARIO

FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner

Cuestionario de Síntomas *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)

Pregunta	Sí	No	
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X		1
2. ¿Tiene mal apetito?		X	0
3. ¿Duerme mal?	X		1
4. ¿Se asusta con facilidad?		X	0
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X	0
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X		1
7. ¿Sufre de mala digestión?		X	0
8. ¿No puede pensar con claridad?		X	0
9. ¿Se siente triste?	X		1
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	X		1
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X	0
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X	0
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X	0
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X	0
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	X		1
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X	0
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X	0
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X	0
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X	0
20. ¿Se cansa con facilidad?	X		1
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X	0
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X	0
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X	0
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X	0
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X	0

7 PUNTOS

Determinación de la puntuación:
Se suman las respuestas afirmativas.

a) Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20 o
b) si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí)

se debe hacer evaluación por el médico.
Además, si el comportamiento de una persona entrevistada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Dora Patricia Moreno
FIRMA USUARIO

FIRMA PROFESIONAL

Scanned with CamScanner